

הגישה לבחילות והקאות בהריון

תקציר:

שיעור של כ-85% מהנשים ההרות סובלות מבחילות והקאות במהלך ההריון (Nausea and Vomiting in Pregnancy – NVP). הדרגה החמורה ביותר נקראת Hyperemesis gravidarum, המצריכה אשפוז ואף יכולה להיות מסכנת חיים. על אף היותה הגורם העיקרי לאשפוז בהריון, תופעת ה-NVP זוכה לתשומת לב מועטה מצד הקהילה הרפואית. תופעה זו פוגעת באיכות חיייה של האישה ההרה, ובתפקודה בבית ובעבודה. ההשלכות הכלכליות באות לידי ביטוי באובדן ימי עבודה ובעלות טיפולים רפואיים. במקרים קיצוניים, יש נשים המחליטות לעבור הפלה יזומה. לעומת זאת, ל-NVP יש השפעה מגינה כנגד מומים מלידה והפלות עצמוניות. לאחרונה, התעורר עניין בטענה כי מנגנון זה התפתח לטובת הגנה על העובר מפני כימיקלים צמחיים. טיפול מוקדם עשוי למנוע סיבוכים והחמרה של התסמינים. במחקרים רבים עלה, כי יש תרופות יעילות ובטוחות לטיפול בתסמיני ה-NVP. אולם חשש ממומים מלידה וחוסר בקווים מנחים, מביאים לכך שנשים מטופלות על סמך ניסוי וטעייה.

מיטל שלמה¹
רנה כהן¹
מתי ברקוביץ¹
גידי קורן^{2,1}

¹Motherisk Israel, היחידה לפרמקולוגיה קלינית, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב
²תוכנית Motherisk, החטיבה לפרמקולוגיה קלינית וטוקסיקולוגיה, בית חולים לילדים, אוניברסיטת טורונטו, טורונטו, קנדה

הצהרה בדבר ניגוד עניינים: חלק ממחקריו של פרופ' גידי קורן מומנו על ידי חברת Duchesnay. חברת Duchesnay מייצרת ומשווקת תרופה לבחילות והקאות בהריון.

מילות מפתח:

בחילות והקאות בהריון; הקאות יתר; מומים מלידה; נוגדי היסטמינים; טרטוגניות.
:KEY WORDS Nausea and vomiting in pregnancy; Hyperemesis Gravidarum; Congenital malformations; Antihistamines; Teratogenicity

הקדמה

תסמונת בחילות והקאות במהלך ההריון (Nausea and Vomiting in Pregnancy – NVP) היא המצב הבריאותי השכיח ביותר במהלך ההריון – 70%–85% מהנשים ההרות סובלות מתסמונת זו. למרות הסבל שנשים אלה חוות והיקף התופעה, תסמונת NVP זוכה להתייחסות מועטה מצד הקהילה הרפואית. נערכו מעט מחקרים על מנת לזהות את האטיולוגיה, המאפיינים, הסיבוכים והטיפול ל-NVP [1]. עקב חוסר בקווים מנחים אחידים לטיפול ב-NVP, רופאים רבים מתקשים לעזור למטופלות שלהן. קיים חשש מצד המטופלות והרופאים מטיפול בתרופות במהלך ההריון. כתוצאה מכך, פעמים רבות הטיפול ניתן על פי ניסוי וטעייה. קיימת שונות רבה בחומרת התסמינים בקרב הנשים ההרות. השיטה הטובה ביותר לסווג את חומרת ה-NVP היא לפי ההשפעה על חיי האישה ההרה: קלה (השפעה מזערית על חיי המשפחה ותפקוד בעבודה), בינונית (פוגעת בחיי המשפחה ובתפקוד בעבודה, עלולה להצריך מתן עירוי נוזלים) וקשה (פוגעת בחיי המשפחה ובתפקוד בעבודה, עלולה להצריך מתן עירוי נוזלים או אשפוז). שיעור של 0.5%–2% מהנשים לוקות בדרגה חמורה של התסמונת, המתאפיינת בהקאות יתר ומכונה Hyperemesis Gravidarum (HG). הקאות יתר מוגדרות כמצב מתמשך של הקאות שאינו מוסבר על ידי הפרעות אחרות וגורם לאיבוד של יותר מ-5% ממשקל האישה ההרה, עם הופעת סימני התייבשות וקטונים בשתן. לעיתים, בהקאות יתר בהריון קיימות הפרעות אלקטרוליטיות, הפרעות בתפקוד בלוטת התריס או הכבד. אם לא מטופל מיידית, HG עלול להיות מסכן חיים, ואף להעלות את הסיכון לאיבוד העובר ולמשקל לידה נמוך [2].

עד השבוע ה-10, בקרב 30% מהנשים עד השבוע ה-12 ובקרב 30% אחרות עד השבוע ה-16. בשיעור של 10%–15% מהנשים נמשכים התסמינים לאחר השבוע ה-16, אולם רק בקרב מיעוט מהנשים המצב נמשך לאורך כל ההריון. למרות שמבחינה היסטורית תסמונת ה-NVP כונתה בחילות בוקר (Morning sickness), הרי שבפועל רק 4% מהנשים סובלות מבחילות בבוקר בלבד; הרוב המוחלט של הנשים סובלות מ-NVP לאורך כל היום כששכיחות התסמינים גבוהה יותר משש בבוקר ועד הצהריים [3]. למרות קיומן של תיאוריות רבות, האטיולוגיה של NVP לא נקבעה באופן חד משמעי. ההנחה הבסיסית היא שחומרים המופרשים מהשלייה מורידים את הסף לבחילות במנגנונים המוכרים. קרוב לוודאי ש-HCG (human Chorionic Gonadotropin) או אחד מהאיזומרים שלו ואסטרדיול גורמים לגירוי מנגנונים אלו. התיאוריה הקדומה ביותר באשר לאטיולוגיה של NVP היא שהתסמינים נובעים מבעיה נפשית. במחקרים בני זמננו לא נמצאו מאפיינים פסיכולוגיים מעבר להריון, המעלים את הרגישות ל-NVP [4]. קיים קשר בין זיהומי H. pylori לבין גיל, עישון ומוצא אתני המהווים גורמי סיכון גם ל-HG. במהלך העשור האחרון, נמצא במחקרים קשר בין זיהום H. pylori לבין NVP חמור, והחיידק התגלה גם כחלק מהאטיולוגיה של HG [5]. במחקר שנבדק בו שינויים בעצמת ה-NVP בקרב נשים שהרו לגברים שונים, נמצא כי עוצמת התסמינים נשארה יציבה לאורך ההריונות. מימצא זה מלמד, כי גם למרכיב הגנטי יש השפעה רבה על NVP [6]. לאחרונה הועלתה תיאוריה, כי NVP הוא מנגנון שהתפתח לשם הגנה על העובר מפני פיתו-כימיקלים.

השפעת NVP על חיי האישה ההרה

ל-NVP השפעה משמעותית על חיי היומיום של האישה ההרה, הבאה לידי ביטוי בפגיעה בפעילות משק הבית ותפקוד בעבודה. במחקר מקנדה העריכו החוקרים את העלויות הישירות והעקיפות

המהלך הקליני

התסמינים מתחילים בין השבועות 4–9, שיאם של התסמינים מתרחש בשבועות 7–12. בקרב 30% מהנשים, התסמינים נפסקים

הארוחות ולא במהלכן. מזונות עתירי פחמימות, דלים בשומן ויבשים, קלים יותר לעיכול ופחות סביר שהאישה ההרה תקיא אותם. *Jednak* וחב' [14] הדגימו, כי ארוחות בעלות תכולה גבוהה של חלבון, הפחיתו את תחושת הבחילה בצורה משמעותית יותר מאשר ארוחות המורכבות בעיקר מפחמימות ושומנים ($p < 0.05$) [14].

יטמינים ותוספי תזונה

במחקר אקראי מבוקר נמצא, כי מתן ויטמין B6 (Pyridoxine) במינון של 25 מ"ג x3 ביום היה יעיל בהפחתת תחושת הבחילה ($P < 0.01$) ומספר אירועי הקאות ($P < 0.05$) בהשוואה לאינבו [15]. בטיחות הטיפול של Pyridoxine בהריון נבדקה במחקר תצפית של *Shrim* וחב' [16]. במחקר זה הוכללו 192 נשים, מתוכן 96 נטלו מינונים יומיים של 50–510 מ"ג. לא היה הבדל בשיעורי מומים מלידה, הפלות, משקל לידה והשפעות לוואי של האם בהשוואה לקבוצת בקרה של נשים שלא סבלו מבחילות והקאות [16]. ג'ינג'ר נמצא יעיל לטיפול ב-NVP בשלושה מחקרים אקראיים מבוקרי אינבו (פלסבו) במינונים של 125–250 מ"ג, 4 פעמים ביום, או 500 מ"ג פעמיים ביום. במחקרים אלו הודגם, כי נטילת טבליות המכילות אבקת שורש ג'ינג'ר אינן מעלות את הסיכון לעובר [17]. באופן כללי, מרבית תוספי התזונה לא נחקרו באופן מקיף ויש להשתמש בהם בזהירות לטיפול ב-NVP.

גירוי של נקודת P6 (*Nei Guan*) בחלק הפנימי של פרק כף היד, היה שיטת טיפול מקובלת בבחילות והקאות על ידי מדקרים סיניים במשך אלפי שנים [18]. בנוסף לאקופונקטורה המסורתית, לחיצה ידנית או גירוי חשמלי אף הם יכולים לסייע. יעילותה של השיטה נבדקה בשני מחקרים מתוכננים היטב, אשר הראו תוצאות סותרות. *Knight* וחב' [19] פירסמו לאחרונה מחקר

- **בחילות והקאות בהריון**
הן תופעה שכיחה בקרב
אוכלוסיית הנשים ההרות.
- **טיפול מוקדם בתופעה**
יכול למנוע החמרת התסמינים
וסיבוכים בעתיד.
- **קיימים טיפולים לא**
פרמקולוגיים וטיפולים
פרמקולוגיים בטוחים ויעילים.

אקראי מבוקר, עם טיפול דמה לעומת אקופונקטורה, במשך שלושה שבועות. הוכללו במחקר 55 נשים בשבועות 6–10 להריון, הסובלות מ-NVP בינוני עד חמור. בשתי קבוצות הטיפול חלה ירידה בעוצמת הבחילה ללא הבדל מובהק [19]. מאידך, במחקר קליני אקראי מבוקר רב מרכזי שנערך בטיפול עם *ReliefBand*[®], נבדקו 230 נשים בשבועות 6–12 להריון עם NVP בינוני עד חמור. מתוכן, 187 נשים

סיימו את המחקר שנמשך שלושה שבועות. חל שיפור משמעותי ב-*Rhodes Index* בקרב קבוצת ה-*ReliefBand*[®] לעומת קבוצת האינבו, לאורך תקופת המחקר [20].

טיפול בתרופות יכול לשפר משמעותית את איכות החיים של האישה ההרה הסובלת מ-NVP ואף למנוע החמרה ל-HG. בשנת 1983 הופסק שיווקה של התרופה *Pyridoxine 10 Bendectin* (mg, Doxylamine 10 mg) במדינות צפון אמריקה, בעקבות בעיות משפטיות הקשורות לטרטוגניות לכאורה של התרופה. אולם ניתוח אפידמיולוגי של חמישה חלקים, ניתוח מגמות, ניסויים בחיות מעבדה, בדיקת יחס מנה-תגובה והערכה של סבירות ביולוגית, שללו טרטוגניות של התרופה [21]. בקנדה, בין השנים 1983–1989, הוכפל שיעור האשפוזים עקב בחילות והקאות. בין השנים 1995–1999 חלה עלייה במספר ניפוקי התרופה *Diclectin*[®], ובד בבד נצפתה ירידה בשיעור האשפוזים. מגמות דומות נראו גם בנייתוח הנתונים בארה"ב [22].

של מצבי NVP. העלויות הישירות שיקפו את השירותים הרפואיים הניתנים כתוצאה מטיפול בהשלכות הבריאותיות [7]. העלויות העקיפות כללו אובדן ימי עבודה, תשלום עבור תחזוקת משק בית וזמן שבחוזו על ביקורים אצל רופא/אשפוזים. נשים עם NVP קל – חמור דיווחו על היעדרות בממוצע של 12.2–31.0 שעות שבועיות מהעבודה. העלויות הכוללות מסתכמות ב-\$132 (קל), \$355 (בינוני), \$653 (חמור) עבור אישה לשבוע [7].

התסמינים שחוות הנשים עם NVP משפיעים לא רק על האישה, אלא גם על הסובבים אותה. עצבנות, מצב רוח ירוד, נטייה לבכי, חרדה והפרעות שינה של האישה משפיעים גם על משפחתה. במחקר של *Mazzota* וחב' [4] נבדקה הימצאות של תחלואה נפשית בקרב נשים עם NVP. הסקר הטלפוני כלל 3,201 נשים מארה"ב וקנדה. המחקר העלה, כי תחושת דיכאון רוב/חלק מהזמן קיימת ביותר מ-20% מהנשים עם NVP קל, ביותר מ-20% מהנשים עם NVP בינוני וביותר מ-50% מהנשים עם NVP חמור [4].

תוצאי לידה של NVP

באופן כללי, NVP אינו משפיע על משקל הילוד. המחקר שנערך לאחרונה הודגם, כי לנשים עם בחילות והקאות היו הריונות קצרים יותר מאשר לנשים ללא בחילות והקאות. אך לא היה הבדל בעלייה במשקל הנשים, או במשקל וגובה הילודים [8].

Boneva וחב' [9] התבססו על מידע ממחקר מקרה בקרה מבוסס אוכלוסייה. המחקר כלל תינוקות שנולדו בין השנים 1968–1980 ובו העריכו את הסיכון ללידת תינוק עם מום בלב, בקרב נשים עם NVP בדרגות חומרה שונות. נמצא כי נשים עם NVP בדרגה החמורה ביותר היו בסיכון מופחת ללידת תינוק עם מום בלב [9]. במחקרים רבים הודגם, כי NVP מגן מפני הפלות עצמוניות או לידת תינוק מת. במטה אנליזה שנערכה על ידי *Weigel & Weigel* [10] הודגם סיכון מופחת להפלה עצמונית עד שבוע 20 להריון בקרב נשים שלקו ב-NVP ($OR = 0.36$ 95% CI 0.32 – 0.42). התוצאה השלילי המשמעותי ביותר של הריון עם NVP הוא ההחלטה להפסיק את ההריון על ידי האישה ההרה. מחקר המבוסס על ראיון טלפוני, בקרב נשים בצפון אמריקה, העלה כי שיעור גדול מהנכללות סברו שה-NVP עלול להזיק לעובר. אותן נשים אף שקלו להפסיק את ההריון עקב חומרת התסמינים של ה-NVP. למעשה, 1.5% (17/1,100) מהנשים החליטו לסיים את ההריון מסיבה זו [11].

האבחנה של NVP נקבעת על סמך תסמינים קליניים והיעדר מחלות אחרות שיכולות להסביר אותם. למרות שגורמים אחרים לבחילות והקאות מתמשכות הם נדירים, כישלון להבדיל בינם לבין NVP עשוי להסתיים בסיבוכים משמעותיים. באבחנה המבדלת של NVP יש לשלול מחלות של מערכת העיכול, כליות ודרכי השתן, מצבים נירולוגיים שונים (כמו שאתות מערכת העצבים המרכזית), מחלות מטבוליות ועוד [212].

טיפול ב-NVP ו-HG

קו טיפול ראשון ל-NVP הוא טיפול תומך. טיפול בתרופות צריך להישקל אם הטיפול התומך כשל, התסמינים מחמירים או שההשפעה על האישה ההרה בלתי נסבלת. יש עדות לכך שטיפול מוקדם יכול למנוע החמרה של התסמינים ואף אשפוז [13].

ניהול תזונתי של NVP מבוסס על עקרונות פיזיולוגיים ומתאים למצבים קלים עד חמורים. הצלחה של כל שינוי תזונתי היא אמפירית, מאחר שלא נערכו מחקרים רבים בנושא. ההמלצות כלולות אכילת מנות קטנות בתדירות גבוהה, וצריכת נוזלים בין

תרופות נגד הקאות ומומים מלידה

במחקרים הודגם, כי תרופות נוגדות הקאה אינן מגבירות את הסיכון למומים מלידה [9]. באוכלוסייה הכללית, הסיכון הבסיסי למומים מלידה בעובר מסוג רבא (מג'ורי) הוא 3%-5%. מחקר המבוסס על הרשומות בשוודיה (1995-1997) כלל 5,266 נשים שדיווחו על נטילת תרופות נוגדות הקאה/בחילה (Promethazine or metoclopramide) במהלך השליש הראשון להריון; הודגם בו, כי לנשים אלו היה שיעור גבוה יותר של לידות תאומים ונקבות, אך לא היה הבדל מבחינת שיעורי משקל לידה נמוך, מומים מלידה והריונות קצרים [23]. Boneva וחב' [9] אף מצאו סיכון מופחת למומי לב מלידה בקרב נשים שנטלו תרופות נוגדות בחילה בשמונת השבועות הראשונים להריון. Seto וחב' [24] ערכו מטה אנליזה של מחקרים שפורסמו בין השנים 1961-1990 על הקשר שבין הטיפול בנוגדי היסטמינים בהריון ומומים רבא (מז'וריים). תוצאותיה הראו כי שימוש בחוסמי הקולטן H1 הניתן כטיפול ב-NVP במהלך השליש הראשון, מפחיתים את הסיכון למומים קשים מלידה (OR = 0.76 95% CI 0.60-0.94). תרופות שהוכחה יעילותן בהפחתת תסמינים של NVP ללא עדות לטרטוגניות הן: נוגדי היסטמינים (cyclizine, dimenhydrinate, doxylamine with pyridoxine, hydroxyzine, meclizine, chlorpromazine, metoclopramide, perphenazine, prochlorperazine, promethazine, trifluoperazine, trimethobenzamide) [18]. ניסיון עם תרופות אחרות הניתנות לטיפול ב-NVP (לדוגמה, Corticosteroid, Droperidol, Domperidone) פחות מקיף. במחקר שפורסם בשנת 2013 נמצא, כי לא חלה עלייה בשיעורי המומים מלידה ובתוצאי לידה בלתי רצויים בקרב 1,849 ילודים שנחשפו ל-Ondansetron בשלב העובר [25]. על פי תוצאות המחקר האחרון שנערך בנושא, המידע לגבי יעילות קורטיקוסטרואידים כטיפול ב-NVP שנוי במחלוקת. מאחר שנמצאו כגורמים לעלייה קלה בשערים בפנים [18], יש להשתמש בהם כמוצא אחרון כאשר נשקלת האפשרות של תזונה פרנטרלית לאחר שבוע 10 להריון. צוות התוכנית Motherisk ב-Hospital for Sick Children בטורונטו, קנדה, פיתח אלגוריתם לטיפול ב-NVP (תרשים 1) [26].

תרופות לבעיות עיכול

במטה אנליזה של מספר מחקרים הודגם, כי נוגדי חומצה ואנטגוניסטים ל-H₂ (כגון Famotidine, Cimetidine, Ranitidine) בטוחים לטיפול בבעיות עיכול (Indigestion) בקרב נשים בהריון. בנוסף, באותה מטה אנליזה הודגם כי תרופות מסוג Proton pump inhibitors אינן מעלות את הסיכון למומים מלידה, הפלות עצמוניות (ספונטניות) או לידה מוקדמת [18]. צרבת ו-Acid reflux מעלים את הסיכון ל-NVP חמור. בנוסף נמצא, כי הוספת תרופות להפחתת חומציות (ללא שינוי בטיפול נוגד הקאות) הביאה להפחתה משמעותית בתסמיני NVP [27].

טיפול ב-NVP חמור

הטיפול ב-NVP בינוני עד חמור באמצעות שינוי תזונה ואורח חיים, בנוסף לטיפול בתרופות, הוא פשוט. לעומת זאת, הטיפול במצבים עם הקאות מתמשכות או איבוד משקל משמעותי, מורכב יותר ומצריך טיפול דחוף עקב התייבשות ותת תזונה. מתן עירוי לתוך הווריד אמור לאזן את המטופלת מבחינת נוזלים, מינרלים ויחס חומצה-בסיס. המאגרים התזונתיים של אישה עם HG שלא פתה בזמן לקבלת עזרה, עלולים להתרוקן בצורה מסכנת חיים. Stuijvenberg וחב' [28]

תרשים 1:

אלגוריתם לטיפול ב-NVP: אם אין שיפור, יש להמשיך לשלב הבא

לתת 10 מ"ג Doxylamine-pyridoxine (Diclectin שחרור מושהה) עד 4 טבליות ביום (2 לפני השינה, אחת בבוקר ואחת אחרי הצהריים) יש להתאים את זמני המתן והמינון לפי חומרת התסמינים

יש להוסיף 100-50 מ"ג Dimenhydrinate (Travamine) כל 4 עד 6 שעות דרך הפה עד 200 מ"ג ליום כאשר נלקח יחד עם Diclectin (במקרה של הקאות תכופות יש לקחת 30-45 דקות לפני דיקלקטין)

יש סימני ציחיון

יש להתחיל מתן נוזלים:

- מתן נוזלים לתוך הווריד (לפי פרוטוקול מקומי)
- מתן מולטי ויטמין לתוך הווריד
- 50 מ"ג Dimenhydrinate מ"ג (ב-50 מ"ל תמיסת מלח במשך 20 דקות) כל ארבע עד שש שעות.

אין סימני ציחיון

ניתן להוסיף אחת מהתרופות הבאות:

- Metoclopramide * (Pramin) 5-10 מ"ג כל 8 שעות בדרך פומית
- Promethazine 12.5-25 מ"ג כל 4-6 שעות דרך הפה או דרך השריר
- *אזהרה לגבי תופעות חוץ-פירמידיות. מומלץ לא לייטול יותר מ-12 שבועות

אפשר להוסיף את אחת התרופות הבאות לתוך הווריד:

- Metoclopramide (Pramin) 5-10 מ"ג כל 8 שעות
- Promethazine 12.5-25 מ"ג כל 4-6 שעות

Zofran Ondansetron 4-8 מ"ג כל 8-6 שעות דרך הפה

- לא כקו ראשון במהלך 10 שבועות הראשונים להריון
- במחקרים אחרונים הודגמה עלייה מסוימת בסיכון למומי לב וחוץ שסוע, מספר דיווחים על חסימת מעי, אזהרה לגבי הארכת מקטע QT, דווחו לגבי אנטגוניסטים לסרוטונין. מומלץ לבצע מעקב אק"ג

יש להוסיף את אחת מהתרופות הבאות לתוך הווריד:

- Methylprednisolone 15-20 מ"ג כל 8 שעות או 1 מ"ג לשעה באינפוזיה מתמשכת של 24 שעות.
- Ondansetron (Zofran) 8 מ"ג במשך 15 דקות כל 12 שעות או 1 מ"ג לשעה, באינפוזיה מתמשכת של 24 שעות.

הערות:

- ביישום האלגוריתם יוצאים מנקודת הנחה שסיבות אחרות לבחילות והקאות נשללו על ידי הרופא.
- בכל צעד, כאשר ניתנת הוריה לכך, יש לשקול הזנה לתוך הווריד.

בכל זמן ניתן להוסיף אחד או את כל הבאים:

- Pyridoxine (ויטמין B6) 25-50 מ"ג כל 8 שעות דרך הפה [2].
- אבקת שורש ג'ינג'ר, קפסולות או מיצוי עד 1000 מ"ג ביום.
- דיקור סיני או אקופרסורה בנקודה P6.

יש לבצע מעקב אחר השפעות לוואי פוטנציאליות של Doxylamine במישלב עם Pyridoxine (ויטמין B6) ונוגדי HA אחרים.

- באף מחקר לא נערכה השוואה בין תחליפי נוזלים ל-NVP.
- ויטמין B6 עד 200 מ"ג ליום הוא בטוח.
- למוצרי ג'ינג'ר לא מבוצעת בדיקת תקן.
- סטרואידים ואנטגוניסטים לסרוטונין אינם מומלצים במהלך 10 שבועות ההריון הראשונים, בשל הגברת הסיכון לחץ שסוע.

ההחלטה של האישה לסיים את הריונה נובעת מגורמים פסיכוסוציאליים שיש צורך להביא בחשבון כאשר מטפלים באותה אישה [30]. במקרים חמורים אחרים מיילדים את האישה לפני המועד. בהקדם האפשרי לפי הערכת הצוות הרפואי.

לסיכום

במהלך הריון, נשים רבות פונות לרופא המטפל לקבלת עזרה במציאת דרכים להקלה על בחילות והקאות בהריון. גיבוש סטנדרטים טיפוליים ל-NVP עשוי לסייע למטופלת לתפקד בצורה יותר טובה ולהפחית את הסיכון לפתח HG. אבחון וטיפול מוקדם וניהול יעיל של תסמיני ה-NVP יכולים לשפר את איכות חייה של האישה ההרה, להפחית את הסיכון לסיבוכים של האם והעובר, ולחסוך בהוצאות בריאותיות וסוציאליות.

מחבר מכותב: רנה כהן

היחידה לפרמקולוגיה קלינית

מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין, 70300

טלפון: 08-9778274

פקס: 08-9779138

דוא"ל: ranac@asaf.health.gov.il

בדקו את המצב התזונתי של 20 נשים שהתאשפזו בזו אחר זו עקב HG. אותן נשים היו משכבה חברתית-כלכלית נמוכה שלא נטלו תוספי ויטמינים ומינרלים טרם האשפוז. צריכת הקלוריות, חלבונים, סידן, ברזל, מגנזיום, אבץ, ויטמיני E, D, תיאמין, ריבופלבין, ניאצין, ויטמין B6, וחומצה פולית היו פחות משני שלישים מהמינון המומלץ [28]. עבור נשים הזקוקות לעירוי נוזלים ומקיאות יותר משלושה שבועות, רצוי לתת תוסף תיאמין במינון 100 מ"ג ביום לתוך הווריד, במשך שלושה ימים, ולאחר מכן להמשיך בנטילת מולטי ויטמין המכיל תיאמין [26]. מומלצת הזנה לתוך הווריד כמקור לרכיבים תזונתיים בנשים המפתחות היפראמזיס חמור, או כאשר קיים חסר בספיגת רכיבים אלו [29]. הזנה לתוך הווריד היא מקור לא חלבוני לקלוריות, לרוב גלוקוזה או אמולסיות שומניות המספקות חנקן זמין, אלקטרוליטים, יסודות קורט, מים וויטמינים מסיסי שומן. סיבוכים של צנתר הזנה לתוך הווריד כוללים: אזורת בית החזה, ניקוב עורק סמוך, או תסחיף אוויר [29]. כמו כן, ייתכנו סיבוכים של היפרגליקמיה כתוצאה מהזלת כמות גלוקוזה גדולה.

סיום הריון עקב NVP

אם כל הטיפולים אינם משיגים שיפור במצב, יש נשים המבקשות לסיים את הריון עקב אי יכולתן לסבול יותר את מצבן [30].

ביבליוגרפיה

- Koren G & Bishai R, (Eds). Nausea and Vomiting of Pregnancy: State of the Art 2000 2000, Motherisk: Toronto, Canada.
- Goodwin TM, Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol, 1998; 41:597-605.
- Gadsby R, Barnie-Adshead AM & Jagger C, A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. Br J Gen Pract, 1993;43:245-8.
- Mazzotta P, et al., Psychosocial morbidity among women with nausea and vomiting of pregnancy: prevalence and association with anti-emetic therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2000;21:129-36.
- Sandven I & al, Helicobacter pylori infection and hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. Acta Obstet Gynecol Scand, 2009; 88:1190-200.
- Einarson TR & al, Existence and severity of nausea and vomiting in pregnancy (NVP) with different partners. J Obstet Gynaecol, 2007; 27:360-2.
- Piwko C & al, The weekly cost of nausea and vomiting of pregnancy for women calling the Toronto Motherisk Program. Curr Med Res Opin, 2007;23:833-40.
- Behrman CA & al, Nausea and vomiting during teenage pregnancy: effects on birth weight. J Adolesc Health Care, 1990;11:418-22.
- Boneva RS & al, Nausea during pregnancy and congenital heart defects: a population-based case-control study. Am J Epidemiol, 1999; 149:717-25.
- Weigel RM & Weigel MM, Nausea and vomiting of early pregnancy and pregnancy outcome. A meta-analytical review. Br J Obstet Gynaecol, 1989;96:1312-8.
- Mazzota P, Magee L & Koren G, Therapeutic abortions due to severe morning sickness. Unacceptable combination. Can Fam Physician, 1997;43:1055-7.
- Koch KL & Frissora CL, Nausea and vomiting during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am, 2003;32:201-34, vi.
- Maltepe C & Koren G, Preemptive treatment of nausea and vomiting of pregnancy: results of a randomized controlled trial. Obstet Gynecol Int, 2013;2013:809787.
- Jednak MA & al, Protein meals reduce nausea and gastric slow wave dysrhythmic activity in first trimester pregnancy. Am J Physiol, 1999;277 (4 Pt 1):G855-61.
- Sahakian V & al, Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind placebo-controlled study. Obstet Gynecol, 1991;78:33-6.
- Shrim A & al, Pregnancy outcome following use of large doses of vitamin B6 in the first trimester. J Obstet Gynaecol, 2006;26: 749-51.
- Fischer-Rasmussen W & al, Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1991;38:19-24.
- Mazzotta P & Magee LA, A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. Drugs, 2000;59:781-800.
- Knight B & al, Effect of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomized, controlled trial. Obstet Gynecol, 2001;97:184-8.
- Rosen T & al, A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol, 2003; 102:129-35.
- Brent RL, Bendectin: review of the medical literature of a comprehensively studied human nonteratogen and the most prevalent tortogen-litigen. Reprod Toxicol, 1995;9:337-49.
- Neutel, C, Variation in rates of hospitalization for excessive vomiting in pregnancy by Bendectin/Diclectin use in Canada. Nausea and Vomiting of Pregnancy: State of the

- Art 2000. 2000, Toronto: Motherisk.
23. *Kallen B*, Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome: a registry study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1987;26:291-302.
24. *Seto A, Einarson T & Koren G*, Pregnancy outcome following first trimester exposure to antihistamines: meta-analysis. *Am J Perinatol*, 1997;14:119-24.
25. *Pasternak B, Svanstrom H & Hviid A*, Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med*, 2013;368:814-23.
26. *Einarson A & al*, Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. *Can Fam Physician*, 2007;53:2109-11.
27. *Gill SK, Maltepe C & Koren G*, The effect of heartburn and acid reflux on the severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Can J Gastroenterol*, 2009;23:270-2.
28. *Van Stuijvenberg ME & al*, The nutritional status and treatment of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 172:1585-91.
29. *Rayburn W, Wolk R & Mercer N*, Parenteral nutrition in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*, 1986;41:200-14.
30. *Mazzotta P1, Stewart DE, Koren G & Magee LA*, Factors associated with elective termination of pregnancy among Canadian and American women with nausea and vomiting of pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2001;22:7-12.